

**DIAGNOSTIC** : Pemphigoïde gestationnis**Autres diagnostics**

Hypokaliémie

Hypothyroïdie gestationnelle à anticorps négatif

Diabète gestationnel iatrogénique

**Symptômes** :

Vers 21 semaines, apparition de prurit intense, de plaques érythémateuses avec des bulles au niveau du mollet, puis aux pieds, puis aux membres supérieurs, au torse et à l'abdomen (incluant la vulve). Ceci malgré prednisone 60mg/jour.

**Prise en charge**

**Biopsie cutanée** : Dermate bulleuse sous-épidermique riche en éosinophiles.

Fluorescence négative pour IgG, C3 au niveau de la membrane basale, expliqué par la prise de stéroïdes à haute dose pendant 3 semaines avant la biopsie.

**Médicaments** : Hydroxyzine, dermovate, prednisone 1mg/kg/j; IVIG 1 mg/kg /j x2 jours q3 semaines

**Évolution de la grossesse**. Amélioration sous IVIG et disparition des bulles.

Travail spontané et accouchement à terme; pas de retard de croissance et BB exempt de lésions

**Évolution postpartum**. Rechute 7 jours postpartum bien contrôlée par IVIG 1 x. Par la suite, diminution progressive des stéroïdes sans réapparition des lésions.

**Commentaires**

Le pemphigoïde gestationnis est une pathologie autoimmune très rare (1/50 000 des accouchements) qui présente toutes les caractéristiques de la famille des pemphigoïdes : c'est une éruption vésiculaire avec prurit intense, apparaissant au deuxième ou troisième trimestre ou en postpartum immédiat. Les muqueuses, la figure et le scalp sont épargnés. Il est caractérisé par des dépôts de C3 le long de la membrane basale de l'épiderme. Les anticorps sont dirigés contre une protéine transmembranaire hémidesmosomale (BP 180). Le principal diagnostic alternatif est l'érythème polymorphe de la grossesse (ou PUPPP). Voici un tableau qui présente les différences cliniques principales entre les 2 pathologies :

	Érythème polymorphe de la grossesse	Pemphigoïde gestationnis
Vésicules	44%	95%
Lésions cibles	19%	85%
Bulles	0%	95%
Âge moyen début	35 sem	21 sem
Atteinte vergetures	90%	2%
Atteinte périombilicale	10%	84%
Lésions plante-paume	4%	41%

Une biopsie de peau atteinte est nécessaire pour faire le diagnostic. L'activité du pemphigoïde peut diminuer juste avant l'accouchement et augmenter au moment de

l'accouchement et en postpartum immédiat. Cette pathologie peut récidiver lors d'autres grossesses ou sous contraceptifs oraux. Le risque de prématurité et de restriction de croissance intra-utérine est augmenté. Les nouveau-nés peuvent présenter des éruptions transitoires.

Les traitements incluent des antihistaminiques, des stéroïdes oraux et cutanés, des immunosuppresseurs tel l'azathioprine ou la cyclosporine, les immunoglobulines, la plasmaphérèse.

**Articles à conseiller sur la pathologie**

Lehrhoff S et al. Specific dermatoses of pregnancy and their treatment. *Dermatologic Therapy* 2013;26:274-284



Med.cmu.ac.th